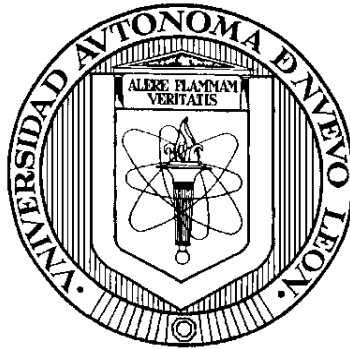


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN REDES SOCIALES Y ALFABETIZACION EN
SALUD EN ADOLESCENTES

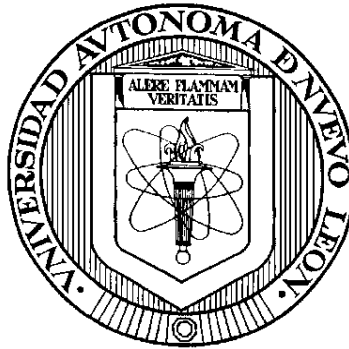
POR

LIC. ERIKA OLMEDO MARTINEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

OCTUBRE, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA
PROGRAMA INTERFACULTADES



APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN REDES SOCIALES Y ALFABETIZACION EN
SALUD EN ADOLESCENTES

POR

LIC. ERIKA OLMEDO MARTINEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA

DIRECTOR DE TESIS

DR. MILTON CARLOS GUEVARA VALTIER

OCTUBRE, 2019

APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN REDES SOCIALES Y ALFABETIZACION EN
SALUD EN ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier.

Presidente

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha.

Secretario

Dra. Ana María Salinas Martínez

Vocal

Dra. en C. Blanca Edelia González Martínez

Subdirectora de Investigación, Innovación y Posgrado



COMITÉ DE EVALUACIÓN DE TESIS

El Comité de Evaluación de Tesis **APROBÓ** la tesis titulada: **“APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN REDES SOCIALES Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ADOLESCENTES”** presentada por **“L.E. Erika Olmedo Martínez”**, con la finalidad de obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Monterrey, Nuevo León a 24 de septiembre de 2019

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha
Presidente

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Secretario

Dra. Ana María Salinas Martínez
Vocal



Dra. en C. BLANCA EDELIA GONZÁLEZ MARTÍNEZ
SUBDIRECTORA DE INVESTIGACIÓN INNOVACIÓN Y POSGRADO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y NUTRICIÓN DELA U.A.N.L.
P R E S E N T E:

Nos permitimos comunicar a usted que hemos concluido la Dirección y Codirección de la tesis titulada: **“Apoyo social percibido en redes sociales y alfabetización en salud en adolescentes”** presentada por **“L.E. Erika Olmedo Martínez”** con la finalidad de obtener su grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Sin otro asunto en particular, les envió un cordial saludo.

Atentamente
“Alere Flammam Veritatis”
Monterrey, Nuevo León a 14 de Octubre de 2019

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Director

Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha
Co-Director

AGRADECIMIENTOS

A la universidad Autónoma de Nuevo León y la FASPIN por otorgarme la beca para poder estudiar la Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Al Dr. Milton Carlos Guevara Valtier por sus enseñanzas y dedicación para lograr concluir este sueño que inicio hace dos años.

A la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha por su dedicación, paciencia, comprensión, por escuchar y alentar en todo momento, además de su profesionalismo.

A la Dra. Ana María Salinas Martínez por sus enseñanzas y disposición para enseñar en todo momento.

A los directivos de la institución de salud donde realicé la investigación, por brindarme su confianza y abrirme las puertas de la institución.

A mi amiga de Leidy Terreros con quien compartí muchos momentos de felicidad, tristeza, diversión, enseñanza y estrés.

A todos mis compañeros los cuales compartieron sus conocimientos para lograr hacer crecer los proyectos que en conjunto se llevaron a cabo.

A todos mis maestros los cuales aportaron su granito de arena para poder lograr este gran sueño.

DEDICATORIA

Agradezco enormemente a Dios por permitirme la vida, la salud y la esperanza para poder terminar la maestría.

A mi compañero de aventuras Jasiel por ser la fuerza y el motor en mis momentos de desesperanza, por su comprensión y consejo en el momento que más lo requerí, por su motivación hacia mi persona para ser mejor cada día y por impulsarme a creer en mí.

A mis padres quienes dedicaron parte de su juventud para poder lograr crear a una persona de bien y orgullosa de sus raíces, por el esmero de guiarme hacia el camino del bien, por enseñarme a ser fuerte en los momentos difíciles, por alentarme y convencerme de la importancia de hacer valer el tiempo y la distancia.

A todos ellos dedico este trabajo y los logros que surjan como fruto de esta gran travesía.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág. No.
CAPÍTULO 1	
1. ANTECEDENTES	
1.1 Introducción.....	1
1.2 Marco teórico.....	3
1.2.1 Definición de sobrepeso y obesidad.....	3
1.2.2 Panorama del sobrepeso en México.....	5
1.2.3 El apoyo social.....	7
1.2.4 Tipos de apoyo social.....	9
1.2.5 Apoyo emocional.....	10
1.2.6 Apoyo instrumental.....	10
1.2.7 Apoyo cognitivo.....	10
1.2.8 Apoyo material.....	10
1.3 Alfabetización en salud.....	10
1.4 Estudios relacionados.....	17
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
3. JUSTIFICACIÓN.....	20
CAPÍTULO 2	
HIPÓTESIS.....	21
CAPÍTULO 3	
OBJETIVOS.....	22
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
CAPÍTULO 4	
MATERIAL Y MÉTODOS.....	23
4.1 Diseño del estudio.....	23
4.2 Universo de estudio.....	23
4.3 Población de estudio.....	23
4.4.1 Criterios de inclusión.....	23

4.4.2	Criterios de exclusión.....	23
4.4.3	Criterios de eliminación.....	23
4.5	Cálculo del tamaño de la muestra.....	23
4.6	Técnica muestral.....	24
4.7	Variables.....	24
4.8	Instrumentos de medición.....	26
4.9	Procedimientos.....	27
4.10	Plan de análisis.....	27
4.11	Consideraciones éticas.....	28
CAPÍTULO 5		
	RESULTADOS.....	29
5.1	Consistencia Interna.....	29
5.2	Datos Sociodemográficos.....	29
5.3	Apoyo social.....	30
5.4	Alfabetización en salud.....	31
5.5	Estadística Inferencial.....	33
5.6	Correlación.....	34
CAPÍTULO 6		
	DISCUSIÓN.....	35
CAPÍTULO 7		
	CONCLUSIÓN.....	38
CAPÍTULO 8		
	REFERENCIAS.....	40
	ANEXO A.	45
	Cuestionario/Cédula de colección de datos.....	46
	ANEXO B.	46
	Cuestionario de apoyo social percibido a través de las redes sociales.....	48
	ANEXO C.	48
	Cuestionario de Alfabetización en salud.....	49
	ANEXO D.	49
	Procedimiento para la toma del peso y la talla.....	50
	ANEXO E.	50
	Asentimiento Informado.....	51
	ANEXO F.	51
	Carta de consentimiento informado.....	

LISTA DE CUADROS

Cuadro No.	Nombre del cuadro	Pág. No.
1	Consistencia interna de los instrumentos	34
2	Características sociodemográficas y antropométricas	35
3	Apoyo social percibido a través de las redes sociales	36
4	Alfabetización en salud	37
5	Porcentaje de adolescentes según alfabetización en salud	39
6	Correlación de Pearson para las variables	39

LISTA DE FIGURAS

Figura No.	Nombre del cuadro	Pág. No.
1	Proyección de las tasas de obesidad	7
2	Tasa de sobrepeso en adultos	8
3	Tipos de apoyos o transferencias	11
4	Competencias de alfabetización en salud	15
5	Usuarios de internet por grupos de edad	18
6	Usuarios de internet por nivel de escolaridad	18
7	Principales actividades en internet	19

LISTA DE ABREVIATURAS

AS= Apoyo social

ASPRS= Apoyo social percibido en redes sociales

AES= Alfabetización en salud

TIC= Tecnologías de la Información y Comunicación

IC= Intervalo de confianza

OMS= Organización Mundial de la Salud

IMC= Índice de Masa Corporal

OCDE= Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

RESUMEN

Lic. Erika Olmedo Martínez

Fecha de graduación: Diciembre de 2019.

Universidad Autónoma de Nuevo León

Maestría en Ciencias en Salud Pública

Programa Interfacultades

Título del Estudio: APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN REDES SOCIALES Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ADOLESCENTES

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Número de páginas: 50

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El sobrepeso y la obesidad constituyen un serio problema de salud pública a nivel mundial debido a la dimensión que están adquiriendo en la sociedad, ya no sólo en edades adultas sino también desde la edad infantil y juvenil. Un alfabetismo funcional bajo, puede afectar el funcionamiento de un individuo dentro del sistema de salud, así como el apoyo social en redes sociales. El objetivo general determinar la relación entre el ASPRS y la AES en adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio correlacional y transversal con adolescentes de entre 15 y 19 años de edad de una preparatoria pública del estado de Nuevo León que utilicen algún dispositivo electrónico con acceso a internet y alguna red social (Instagram, Twitter y Facebook). La muestra fue constituida por 377 adolescentes. Se aplicó una cedula de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Apoyo Social a través de las Redes Sociales y el Cuestionario de Alfabetización en Salud HLS-EU-Q-16. Se realizaron mediciones de peso y talla. Para el análisis estadístico se recurrió al paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences versión 20.0.

CONTRIBUCIONES Y CONCLUSIONES: El 22.8% de los adolescentes presenta sobrepeso y el 9.5% obesidad, mientras que el 46.8% peso normal, el 100% de la población estudiada utiliza las redes sociales, la correlación entre el apoyo social y la alfabetización en salud fue de 0.08, ($p > 0.05$). Por lo tanto no existe relación entre el apoyo social a través de las redes sociales y la alfabetización en salud en adolescentes con sobrepeso u obesidad.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

CAPÍTULO 1

1. ANTECEDENTES

1.1. INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad constituyen un serio problema de salud pública a nivel mundial debido a la dimensión que están adquiriendo en la sociedad, ya no sólo en edades adultas sino también desde la edad infantil y juvenil. En América Latina, más de 20% (aproximadamente 42.5 millones) de niños de entre 0 a 19 años presentan sobrepeso u obesidad. Específicamente en menores de cinco años, se estimó que, en 2016, más de 41 millones de niños en todo el mundo tenían sobrepeso o eran obesos [1].

Al igual que en otros países del mundo, México se ha visto inmerso en esta epidemia que afecta a millones de infantes y adolescentes. Con información de las Encuestas Nacionales de Nutrición en México, desde el año 1988 se ha podido documentar la tendencia permanente al aumento del sobrepeso y la obesidad en escolares y adolescentes [2].

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT) [3] en adolescentes de entre 12 y 19 años la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 36.3%, 1.4 puntos porcentuales superior a la prevalencia en 2012 (34.9%). La prevalencia de sobrepeso (26.4%) en adolescentes de sexo femenino en 2016 fue 2.7 puntos porcentuales superior a la observada en 2012 (23.7%). Esta diferencia es estadísticamente significativa. En cambio, la prevalencia de obesidad (12.8%) es similar a la observada en 2012 (12.1%). En los adolescentes de sexo masculino no hubo diferencias significativas entre 2012 y 2016. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en áreas urbanas pasó de 37.6% en 2012 a 36.7% para 2016, mientras dicha prevalencia en áreas rurales aumentó 8.2% en el mismo periodo de tiempo [3].

El sobrepeso y obesidad de los niños y adolescentes en México, además de ser un problema de salud pública [4] sobre todo por su alta frecuencia y por su permanencia dentro de los primeros lugares en Latinoamérica, son de gran seriedad puesto que impactan el desarrollo social y económico del país, afectando desde indicadores educativos por la inasistencia escolar, hasta otros futuros como la productividad y el ingreso de las personas. Se ha estimado que para 2017 los costos por pérdida de productividad relacionadas con obesidad y sobrepeso ascenderían a 72 951 millones

de pesos, mientras que los relacionados con atención médica estarían por los 77 909 millones de pesos, aunado a los altos costos que generan al sistema de salud debido a las enfermedades relacionadas con la mala nutrición [5]. Esto es de relevancia puesto que en menos de una década los adolescentes son los adultos del futuro inmediato.

Aunado a la magnitud del problema que representa el sobrepeso y la obesidad, un tema muy importante que ha tomado mucho auge en la sociedad es la alfabetización, ya que existen numerosas campañas con el propósito de disminuir la obesidad, pero múltiples estudios en diversas poblaciones muestran que una cantidad importante de los adultos tiene limitaciones significativas al momento de utilizar información escrita o visual a pesar de declarar que son alfabetos [6]. Ante esto se hace relevante el concepto de “alfabetismo funcional”.

Un alfabetismo funcional bajo, puede afectar el funcionamiento de un individuo dentro del sistema de salud, afectar la relación médico-paciente con una dinámica de comunicación negativa y llevar a atención sanitaria de nivel más bajo de lo requerido, además repercute en aspectos tan importantes como: el estado de salud general; nivel y calidad de los autocuidados; grado de comprensión y seguimiento de las recomendaciones de salud y la participación en programas de Prevención y Promoción de la Salud [7].

La presente investigación aborda el tema del apoyo social percibido en redes sociales (ASPRS) y la alfabetización en salud (AES) en adolescentes con sobrepeso u obesidad, entendiendo como AES según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “todas las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud”, el AS es comprendido como el “conjunto de provisiones o de asistencia de diferentes tipos, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza tanto en situaciones cotidianas como de crisis” [8-9].

En la actualidad las redes sociales se han convertido en símbolo de excelencia para la sociedad de información y es tema central para la generación de conocimiento; es importante tener en cuenta que la mayoría de los adolescentes cuenta con este recurso y que esta puede ser un arma de doble filo por la variedad de información que circula en la red; lo cual compete a un tema muy importante el cual es la AES ya

que no solo se trata de saber leer y escribir, sino que también interpretar y utilizar la información que se encuentra en las páginas que abordan temas de salud, entender las instrucciones para la toma de medicamentos, entender las etiquetas promocionales, comprender correctamente las noticias y los avisos de recomendaciones relacionadas al cuidado de la salud, comprender y actuar en cuestiones de salud como la prevención y evitación de los riesgos asociados a las conductas no saludables.

Otro punto muy importante es el reconocimiento de los sesgos de información reportadas por los medios de comunicación o publicidad promocional que generalmente visitan los adolescentes; si bien es cierto que diferentes desarrollos tecnológicos como la radio, el teléfono o la televisión por mencionar algunos han otorgado una importancia significativa para la vida cotidiana, el internet no es la excepción pero se debe de tomar en cuenta el tipo de información y la manera de utilizarla, atendiendo a lo anterior.

La presente investigación tiene por objetivo determinar la relación entre el ASPRS y la AES, y la manera en la que los adolescentes con sobrepeso u obesidad utilizan la información y se empoderan de ésta para generar acciones a favor del mejoramiento de su salud por medio de una de las herramientas más utilizadas “el internet” todo esto reportado por una muestra de estudiantes de una preparatoria pública en el municipio de Guadalupe Nuevo León.

1.2 Marco teórico

1.2.1 Definición de sobrepeso y obesidad

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que lo padece. El sobrepeso y la obesidad incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, mortalidad prematura y el costo social de la salud, además de que reducen la calidad de vida [10].

La obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²) es una enfermedad sistémica, crónica y multicausal, no exclusiva de países económicamente desarrollados, que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales. Esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial,

razón por la que la OMS denomina a la obesidad como “la epidemia del siglo XXI” definida como una acumulación anormal o excesiva de grasa [10]. [8-10].

La clasificación del sobrepeso y la obesidad no solo se basa en el uso de poblaciones de referencia adecuadas que permiten comparar un niño, un adolescente, un adulto o una comunidad; se basa también en la selección de indicadores antropométricos y valores de corte apropiados para clasificar a los niños según los niveles de gravedad que mejor identifiquen el riesgo de morbilidad y mortalidad relacionado con el sobrepeso y la obesidad [11].

El índice de masa corporal, una medida de la masa corporal en relación con la altura, se considera el indicador antropométrico más universal, barato y menos invasivo para clasificar el sobrepeso y la obesidad.

Las recomendaciones de la OMS sobre los valores de corte para determinar el sobrepeso y la obesidad en adolescentes son con puntajes Z por arriba de +1 y hasta +2 para sobrepeso y arriba de +2 desviaciones estándar para obesidad. Se consideraron como válidos datos de IMC entre -5.0 v + 5.0 puntos Z.

Equivalencias de la puntuación z y los percentiles: $-3 = 0,1$ $-2 = 2,3$ $-1 = 15,9$ $+1 = 84,1$ $+2 = 97,7$ $+3 = 99,9$ [11].

El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo cardiovascular importantes e independientes que disminuyen la esperanza de vida e inducen claramente la aparición de comorbilidades tales como: síndrome metabólico (SM), las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes, las patologías osteoarticulares, algunos tipos de cáncer, depresión, alteración de la función cognitiva, trastornos de la imagen corporal, y dificultad en las relaciones humanas como en la socialización; esto implica una menor calidad de vida del individuo, un elevado costo personal, social y sanitario [12].

México pertenece a las naciones con mayor obesidad en adultos en el mundo, esto de acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) la cual está compuesta por 35 países alrededor del mundo, con representación de cada continente. Además de México, algunos países que la integran son Brasil, Chile, Turquía, Reino Unido, Australia, Grecia, Portugal y Sudáfrica [13].

Al año 2015, según el reporte *Obesity Update*, más de la mitad de los adultos y casi 1 de cada 6 niños padecen sobrepeso u obesidad en países asociados a la OCDE

[13]. El 19.5% de los adultos de los países que pertenecen a la OCDE padece obesidad (un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m²), y los países con mayor prevalencia son: 1.- Estados Unidos, con 38.2%, 2.- México, con 32.4%, 3.- Nueva Zelanda, con 30.7%.

Los países con menor nivel de prevalencia de obesidad en adultos son Japón (3.7%) y Corea del Sur (5.3%). Se proyecta que la obesidad en México aumente a 39% y en Estados Unidos a 47% para 2030. Mujeres y hombres con menor nivel educativo tienen mayor riesgo de padecer obesidad en la mayoría de los países. La desigualdad educativa y socioeconómica influye en que exista más obesidad, debido a obstáculos en el mercado laboral (menor contratación, productividad y reingreso laboral) lo cual refuerza esas desigualdades [13].

Con respecto al sobrepeso y obesidad infantil los países con las mayores prevalencias son [14]: 1.- Estados Unidos, con 41.9%, 2.- Italia, con 35.9%, 3.- Irán, con 35.8%, 4.- México, con 33.8%.

1.2.2. Panorama del sobrepeso y la obesidad en México

El problema del sobrepeso y obesidad es tan alarmante que frecuentemente se cita como una pandemia no transmisible y de alguna manera silenciosa. Las proyecciones de la OCDE estiman que las tasas de obesidad seguirán incrementándose al menos hasta el 2030, sobre todo en los EE.UU., México y Reino Unido, donde se estima que el 47%, 39% y 35% de la población (respectivamente) serán obesos para el 2030. En sentido inverso, se esperan menores incrementos en Italia y Corea, cuyas tasas de obesidad proyectadas son respectivamente del 13% y el 9% para 2030 [13].

Por otra parte, la OCDE estima que los niveles de obesidad en Francia y España estarán prácticamente a la par de las cifras actuales, alcanzando el 21% para 2030; un dato tan curioso, como triste, es que, en Corea y Suiza, países en los que las tasas de obesidad eran históricamente bajas, se espera un acelerado incremento de las mismas [13].

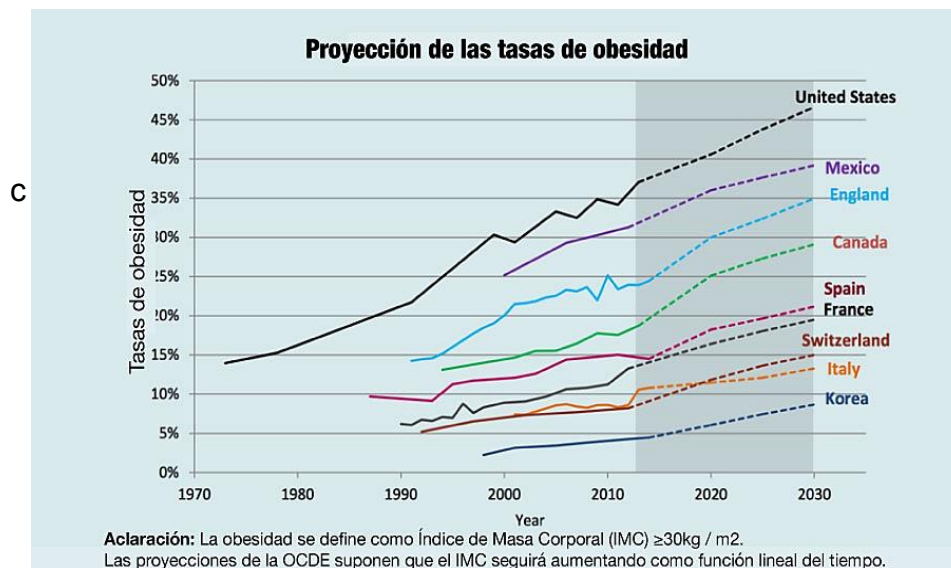


Figura 1. Fuente Federación Mexicana de Diabetes [13]

México, necesita invertir seriamente en programas de prevención para atender el alta, y aún creciente, tasa de obesidad, según el nuevo informe de la OCDE. Panorama de la Salud 2013, menciona que México es el segundo país, después de los Estados Unidos, con mayor obesidad. Casi un tercio de los adultos (32.4%) mexicanos sufrían de obesidad en el año 2012, un importante aumento partiendo del 24% que había en el año 2000. Además, casi un tercio de los niños mexicanos tiene sobrepeso o sufre de obesidad. Actualmente, la diabetes, la enfermedad crónica relacionada directamente con la obesidad, afecta aproximadamente al 16% de la población de entre 20-79 años, el porcentaje más alto registrado en la OCDE. En los últimos diez años la esperanza de vida, en México, ha aumentado mucho más lentamente que en otros países de la OCDE.

México tiene ahora la esperanza de vida más baja de todos los países de la Organización. Mientras que en los países de la OCDE la esperanza de vida aumentó 3 años en promedio entre el año 2000 y el 2011 (pasando de 77.1 a 80.1 años), en México aumentó menos de un año (de 73.3 a 74.2 años) (Figura 2).

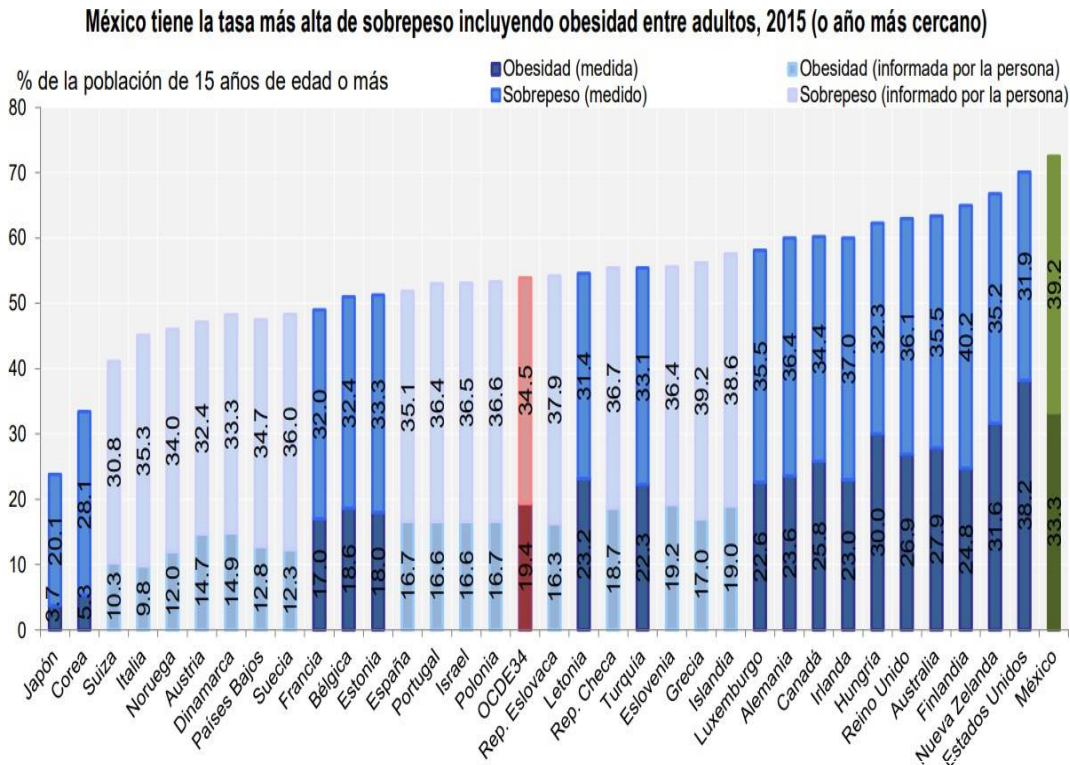


Figura 2. Fuente Federación Mexicana de Diabetes [13]

1.2.3 El apoyo social

El estudio del apoyo social (AS) se remonta a los años 70, cuando el médico y epidemiólogo John Cassel y el psiquiatra Sidney Cobb argumentaron que las personas con lazos sociales fuertes estaban protegidas contra los efectos patógenos de los eventos estresantes de cada día [15]. El AS se ha definido como la existencia o la disponibilidad de personas en las que se puede confiar, personas que le dejan saber a un individuo que es valorado, amado y que se preocupan por él [16].

En la actualidad existen tantas definiciones, algunos autores como Thoits [17] lo define como “el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los otros”, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Por otra parte, Bowling [18] define el AS como “el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica

de la red social en la que se encuentra”. El AS tiene un papel importante en el proceso de adaptación a las enfermedades y en el restablecimiento de los resultados de salud dado que puede prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos y produce un aumento de los autocuidados y mejora de los índices de calidad de vida [19].

Con lo anterior se espera que en la adolescencia se cumplan tareas de desarrollo específicas relacionadas con comportamientos, emociones y conocimientos que exigen constituir nuevas y más maduras relaciones sociales fuera del contexto familiar, y para lograr con éxito dichas tareas el adolescente adecua sus patrones de comportamiento para adaptarse a una realidad social caracterizada por la influencia de los iguales, es por ello que se ven inmersos la gran mayoría en redes las cuales favorecen el afrontamiento de situaciones estresantes [20-21].

El AS tiene diferentes funciones que pueden ser diferencialmente útiles, lo que dependerá de la situación. Dichas funciones son: emocional, la disponibilidad de una o más personas quienes pueden escuchar empáticamente cuando se tienen problemas y pueden proveer indicaciones y cuidados; instrumental, implica la ayuda práctica y tangible, como traer herramientas o mandar dinero; informativa, provisión de conocimiento que es útil para la solución de problemas; compañerismo, implica la disponibilidad de personas con quienes se puede participar en actividades sociales y de ocio [16].

Las redes sociales virtuales forman parte de la manera de comunicarse y relacionarse de un conjunto cada vez mayor de la población. Internet ha pasado de ser una herramienta de búsqueda de información, a convertirse en el soporte de otro tipo diferente de relaciones sociales que los tradicionales contactos cara a cara [22].

Ahora bien, entendiendo que el AS son todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario, las fuentes de AS más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo [18-19-22]. Este AS tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad, y seguridad) de la persona a través de la interacción con otros.

El AS incluye la información que permite a las personas creer que:

- a) Se preocupan de ellos y les quieren
- b) Son estimados y valorados y
- c) Pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas

El ASPRS debe ser positivo y beneficioso para las personas que usan las redes sociales de manera apropiada. Ha habido una fuerte evidencia que muestra que el AS se relacionó con el bienestar físico y psicológico de las personas que se sentían apoyadas [23]. Se ha considerado como una variable de gran relevancia en los procesos de salud – enfermedad; hace referencia a la confianza que tienen los individuos sobre el AS disponible si se necesita [23]. Las características más relevantes de una red que brinda AS son el tamaño, la fuerza de los vínculos, la densidad, la homogeneidad y la dispersión [24]. Como constructo, se le conceptualiza el AS desde dos dimensiones: la estructural y la funcional. La primera hace referencia al tamaño de la red social y la segunda a la utilidad que ésta tiene. El apoyo funcional, por su parte, se compone multifactorialmente por tres tipos de recursos:

- a) Emocionales: donde el AS se expresa a través de empatía, amor y confianza;
- b) Instrumentales: en el cual se aporta a la solución de problemas; y
- c) Informativos: a través del cual se obtiene información útil para afrontar un problema.

1.2.4. Tipos de apoyo social

Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales emocionales y cognitivos [25-26] (figura 3).

Diagrama 1: Tipos de apoyos o transferencias

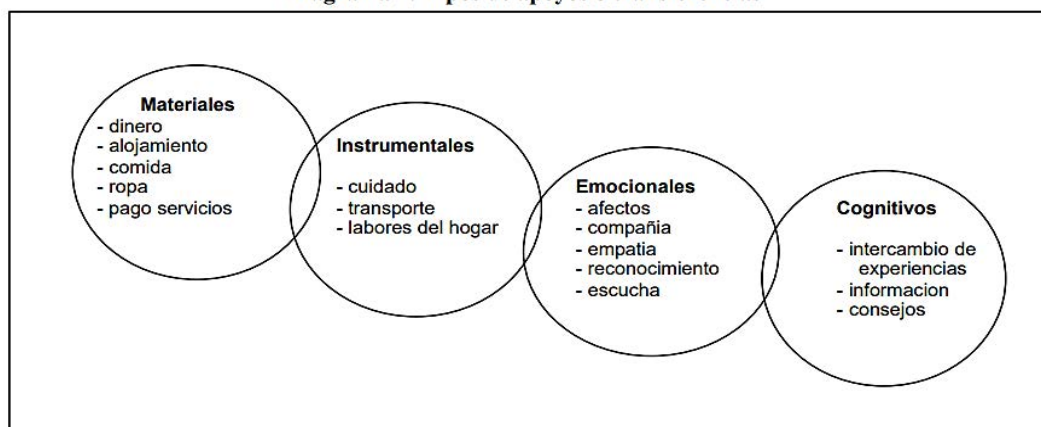


Figura 3. Fuente Comisión Económica para América Latina y el Caribe [26]

1.2.5 Apoyo emocional

Relacionado con el cariño y empatía. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran que otra persona les ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

1.2.6. Apoyo instrumental

Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien, implica la ayuda práctica y tangible, como traer herramientas o incluso el prestar dinero.

1.2.7. Apoyo cognitivo

Se refieren al intercambio de experiencias, a la transmisión de información (significado), al dar consejos que permiten entender una situación, etc.

1.2.7. Apoyo material

Implican un flujo de recursos monetarios (dinero efectivo de forma regular o no, remesas, regalos, etc.) y no monetarios bajo la forma de otras formas de apoyo material (comidas, ropa, pago de servicios, etc.).

1.3. Alfabetización en salud

El término nace en sus inicios como concepto único, con un marco de referencia propio, ligado de una forma u otra a la educación para la salud (la alfabetización

como consecuencia del proceso de educación) [27]. Su objetivo se centraba en la persona y en la información que recibe y de la que dispone.

Es en la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud [27] donde la alfabetización para la salud encuentra el marco de referencia para desarrollarse. En la medida en que las personas incrementan el control sobre su propia salud, su salud mejora, y de ahí que la alfabetización para la salud sea considerada un determinante de la salud [27].

Han sido muchas las definiciones propuestas para la alfabetización para la salud [28]. Como señalan Sorensen et al. [28], de estas definiciones se desprenden dos perspectivas: la clínica y la de salud pública. La perspectiva clínica incluye elementos que reflejan principalmente las competencias de las personas para moverse en el entorno sanitario, y la de salud pública incluye dimensiones más allá del ámbito sanitario, como el entorno familiar, laboral y comunitario.

De todas ellas, la que cuenta con un amplio consenso es la definición del año 2012 elaborada por el Consorcio Europeo sobre Alfabetización para la Salud [28]: «La alfabetización para la salud está vinculada a la alfabetización y conlleva el conocimiento, la motivación y las aptitudes para acceder, comprender y aplicar la información en temas de salud, con el fin de hacer valoraciones y tomar decisiones en lo concerniente a temas cotidianos de salud, prevención de enfermedades y fomento de la salud, con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida en el transcurso de esta» [28].

Las distintas definiciones de alfabetización para la salud engloban el conocimiento, la motivación y las capacidades individuales para entender y acceder a información, expresar opiniones y tomar decisiones relacionadas con la promoción y el mantenimiento de la salud, siendo aplicable en diferentes contextos, entornos y a lo largo de toda la vida [29]. Al revisar la literatura se encuentra que la alfabetización comprende oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que supone una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población con relación al desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud [28-29].

En América Latina se ha avanzado poco, aunque hay estudios puntuales en Puerto Rico, Chile, Panamá y México, aunque no se encuentran resultados concluyentes más allá de lo publicado en España. Sin embargo, en reportes, planes y cartas

emergentes de diversos congresos y pronunciamientos internacionales, se ha identificado la AES como una de las vías para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030) [30].

La UNESCO desde hace tres años ha venido realizando acciones para acercar a los sectores salud y educación para, de conjunto, progresar en la AES de la población en diferentes momentos del ciclo de vida. La OMS por su parte, llevó el tema a discusión en el marco de la IX Conferencia Internacional de promoción de salud realizada el 2016 en Shanghái [30].

En el año 2000 Nutbeam, se refirió a la AES expresándola como: las “Habilidades cognitivas y sociales de un individuo que determinan su capacidad para acceder, comprender y usar información para promover y mantener una buena salud”. Para este autor la alfabetización tiene tres niveles: la AES “funcional”, la “interactiva y comunicativa”, y la “crítica” [31]. Sorensen y colegas [28] dan hasta 17 definiciones de AES, pero solo 3 de ellas fueron las más citadas: las de las instituciones estadounidenses Asociación Médica Americana e Instituto de Medicina, y la de la OMS.

La primera de estas la define como la constelación de habilidades, incluyendo la habilidad de realizar lecturas básicas y tareas numéricas requeridas para funcionar en el ambiente de la atención de salud; la segunda, como la capacidad de los individuos de obtener, procesar y comprender la información de salud básica y servicios necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas y la tercera considera que la AES está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud. Estos mismos autores, luego de analizar todas las definiciones existentes concluyeron que la AES está enlazada a la alfabetización, y conlleva al conocimiento de las personas, su motivación y las competencias para acceder, entender, apreciar y aplicar la información de salud a fin de hacer juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana concerniente a la atención de salud, prevención de enfermedad, así como promoción de salud para mantener o mejorar la calidad de vida durante el curso de esta [32].

Esta definición "inclusiva" que ellos dan, requiere de los 4 tipos de competencias siguientes:

- 1. Acceso:** Habilidad para buscar, hallar y obtener información a la que se accede
- 2. Entender:** Habilidad para comprender la información de salud a la cual se accede
- 3. Apreciar:** Habilidad para interpretar, filtrar, juzgar y evaluar la información de salud a la que se ha accedido
- 4. Aplicar:** Habilidad para comunicar y usar la información, tomar una decisión, así como también para mantener y mejorar la salud.

Cada una de estas competencias representa una dimensión crucial de AES, requiere cualidades cognoscitivas específicas y depende de la calidad de la información proporcionada. Asimismo, las aplican no solo al marco de la salud pública, sino también a la atención médica y en este sentido la relacionan con la atención/cuidado de salud, a la prevención de enfermedades y a la promoción de salud [32].

Cuadro. Competencias de alfabetización en salud				
	Acceder /obtener la información pertinente a la salud	Entender la información pertinente a la salud	Procesar/apreciar la información pertinente a la salud	Aplicar /usar la información pertinente a la salud
Atención/ cuidado de salud	Habilidad para acceder a la información sobre problemas médicos o clínicos	Habilidad para entender la información médica y su significado	Habilidad para interpretar y evaluar la información médica	Habilidad para tomar decisiones informadas en los problemas médicos
Prevención de enfermedades	Habilidad para acceder a la información sobre factores de riesgo para la salud	Habilidad para entender la información sobre factores de riesgo y su significado	Habilidad para interpretar y evaluar la información sobre los factores de riesgo para la salud	Habilidad para tomar decisiones informadas en los factores de riesgo para la salud
Promoción de salud	Habilidad para actualizarse uno mismo en las determinantes de salud en el ambiente social y físico	Habilidad para entender la información sobre las determinantes de salud en el ambiente social y físico y su significado	Habilidad para interpretar y evaluar la información sobre las determinantes de salud en el ambiente social y físico	Habilidad para tomar decisiones informadas en las determinantes de salud en el ambiente social y físico

Figura 4. Fuente Bonal et al. [32]

La información de salud puede provenir de varias fuentes: conversaciones con amigos y familiares, radio, televisión, periódicos, revistas, escuelas, universidades, sitios web, de otros medios sociales de comunicación, de médicos, estomatólogos,

enfermeras, farmacéuticos, educadores para la salud y otros profesionales del sector, así como de etiquetas de medicamentos y recipientes de productos alimenticios, por citar algunos, pero no siempre quiere decir que esa información sea entendida, asimilada y aplicada [32].

Nutbeam [33] menciona algunos beneficios para la persona, para la comunidad y para la sociedad. Con respecto a los beneficios individuales, la AES mejora los conocimientos de riesgos, el cumplimiento de las prescripciones, la motivación y confianza en sí mismo y la resiliencia individual a la adversidad; también hace alusión a los beneficios sociales y comunitarios, ya que aumenta la participación en los programas de salud poblacionales, la capacidad para influir en las normas sociales y actuar recíprocamente con los grupos sociales, la capacidad de actuar en las determinantes sociales y económicas de la salud y el empoderamiento de la comunidad.

La AES mejora el estado de salud autopercebido, disminuye las hospitalizaciones, así como las visitas a servicios de emergencias médicas, favorece los resultados de salud en general y reduce los costos. facilita las habilidades para aplicar información de salud a nuevas situaciones y para participar en diálogos públicos y privados sobre la salud, la medicina, el conocimiento científico y las creencias culturales, favorece la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes, mayor autoeficacia, conductas sanitarias positivas y mejores resultados de salud. también reduce los costos de salud, aumenta el conocimiento de enfermedades y tratamientos, las habilidades de automanejo y cuidado de las condiciones crónicas, el cumplimiento, disminuye los errores médicos y reduce el uso de servicios costosos como los de emergencia e intensivos [33].

Usuarios de tecnologías de información

Las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) constituyen herramientas privilegiadas para el desarrollo de los individuos y de las sociedades al facilitar el manejo de información: crearla, compartirla, modificarla, enriquecerla y transformarla en conocimiento. El uso de las TIC se encuentra cada vez más difundido tanto por la aparición de nuevos dispositivos como por la reducción de los costos asociados [34].

Con base en la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la

Información en los Hogares (ENDUTIH) [35] al segundo trimestre se registraron 65.5 millones de personas de seis años o más en el país, usuarias de los servicios que ofrece Internet, lo que representa el 59.5 por ciento de esta población. Esto significa un incremento del 2.1 por ciento con respecto a 2015.

El acceso a esta tecnología es predominante entre los jóvenes del país, como se indicó, poco más de la mitad de la población de seis años o más se declaró como usuaria de Internet, entre los individuos de 12 a 24 años, las proporciones son superiores al 80 por ciento, es decir que entre los jóvenes es habitual el uso de Internet. Considerando grupos quinquenales de edad se pueden resaltar ciertos aspectos. Mientras que poco más de la mitad (53.1 por ciento) de los niños de entre 6 y 11 años señaló utilizar Internet con cierta regularidad, entre los adolescentes de 12 a 17 años la proporción alcanza el 85.5 por ciento, entre los adolescentes de 18 a 24 años la proporción alcanza el 85.0 por ciento, proporción semejante a la observada para individuos de entre 18 y 24 años (85.0 por ciento). Incluso para el grupo de edad de 25 a 34 años tres de cada cuatro individuos declararon utilizar Internet (74.3 por ciento) (figura 5) [35].

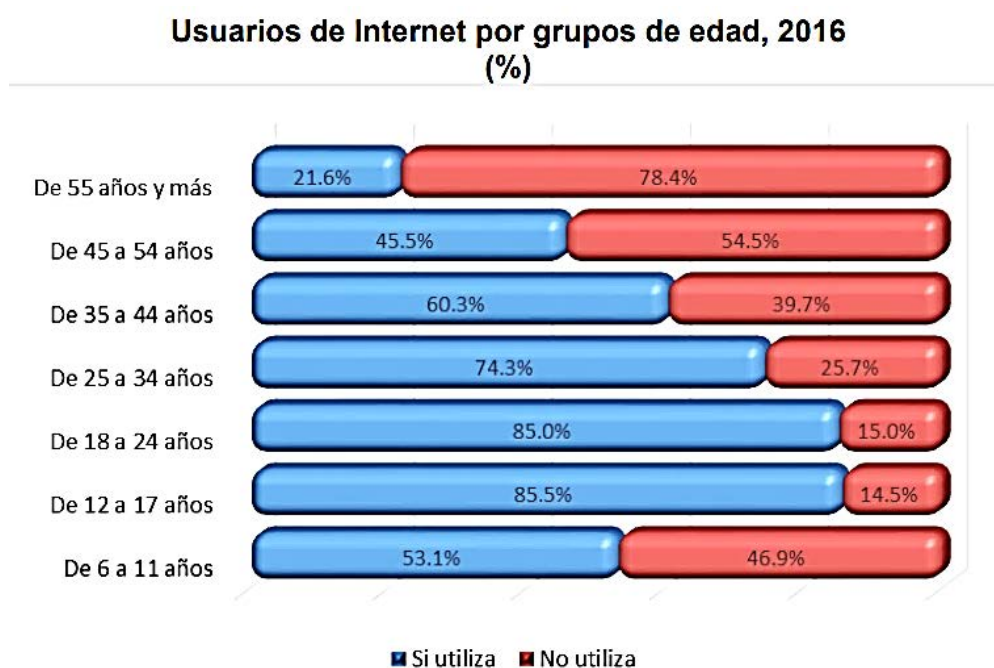


Figura 5. Fuente Instituto Nacional de Estadística y Geografía [35]

De la población que cuenta con estudios de nivel superior (licenciatura o posgrado), nueve de cada diez ha incorporado el uso de Internet en sus actividades habituales; cuatro de cada cinco de los que cuentan con estudios de nivel medio superior

(preparatoria o equivalente) así también lo hacen, y con nivel básico (primaria o secundaria) resultan poco menos de la mitad (48.7 por ciento) (figura 6).

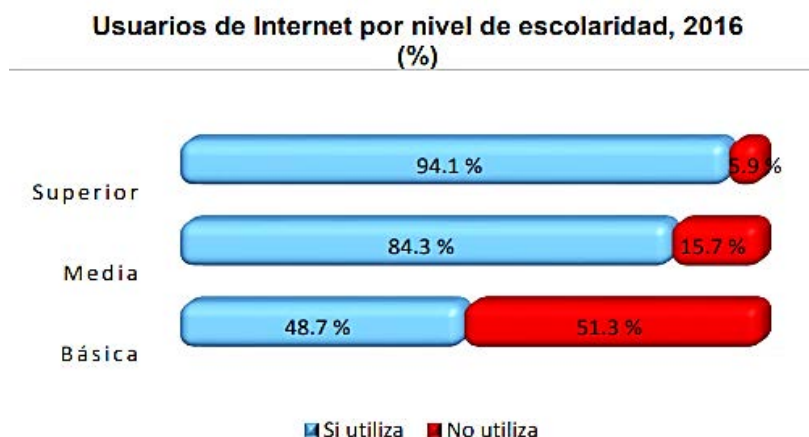


Figura 6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [35]

En la figura 7 se muestra las actividades desarrolladas por los usuarios; entre las tres más recurrentes se encuentran el uso como medio de comunicación (88.9 por ciento), la búsqueda de información (84.5 por ciento), y para el consumo de contenidos audiovisuales (81.9 por ciento). Para actividades de apoyo a la educación el porcentaje alcanza poco más de la mitad (51.8 por ciento), aunque cabe tener en cuenta que una proporción importante de la población objeto de estudio ya no se encuentra en situación de asistencia a la escuela (71.1 por ciento). Del mismo modo se puede destacar que la interacción con el gobierno (para realizar trámites, para consultar información, entre otras) es cada vez más recurrente y fue mencionada por el 22.2 por ciento de los internautas [35].

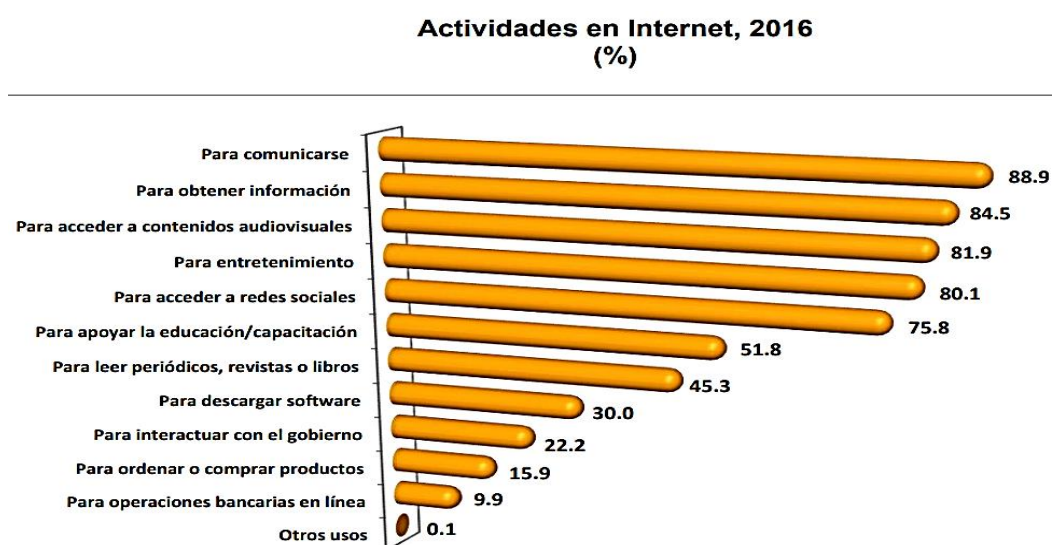


Figura 7. Fuente Instituto Nacional de Estadística y Geografía [35]

Principales actividades que los adolescentes realizan por internet

Entre las dos más recurrentes se encuentran las vinculadas a la búsqueda de información (88.7 por ciento) y como medio de comunicación (84.1 por ciento). Para el acceso a contenidos audiovisuales, la participación en redes sociales y como medio de entretenimiento los porcentajes se encuentran entre el 71 y el 77 por ciento. Para actividades de apoyo a la educación el porcentaje alcanza poco más de la mitad (56.6 por ciento). Aun cuando no se encuentra entre las de mayor mención, cabe tener en cuenta que una proporción importante de la población objeto de estudio ya no se encuentra en situación de asistencia a la escuela. Del mismo modo se puede destacar que la interacción con el gobierno (para realizar trámites, para consultar información, entre otras) es cada vez más recurrente y fue mencionada por una quinta parte de esta población [35].

Impacto de las tecnologías de la información y comunicación en los adolescentes

Existe una gran cantidad de información dirigida a la obesidad en México en población adulta, que promueve y fomenta hábitos saludables; caso contrario sucede en la población de adolescentes. Las campañas de prevención tradicionales resultan poco atractivas para los jóvenes, tiene una estrecha relación con las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), son consideradas una poderosa herramienta para educar.

El uso de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación en un ámbito más saludable puede llevar consigo a una mejora en el conocimiento, las habilidades motoras y en el desarrollo de técnicas para resolver problemas complejos. Desarrolla la imaginación y permite amplificar el saber tecnológico en una sociedad donde cada día se informatizan más aspectos de la vida diaria. No obstante, en la actualidad, el potencial de los medios o redes sociales como herramientas de prevención y programas de intervención destinados a influir en los comportamientos juveniles relacionadas con la obesidad y el peso no han sido investigados a fondo.

1.4. Estudios relacionados

En el siguiente apartado se presentan los estudios relacionados con las variables de investigación.

Madariaga y Lozano [21] realizaron un estudio descriptivo transversal en el 2015 con el objetivo de describir la función que desempeñan las nuevas tecnologías en el AS percibido por estudiantes. Se analizó una muestra de 150 universitarios con edades comprendidas entre los 16 y 25 años de edad. Se reportó que el 86 % de los encuestados en caso de ayuda algunas veces y casi siempre busca alguien con quien hablar, mientras que un 93 % nunca o casi nunca busca alguien para que lo aconseje. Un 80 % de los universitarios encuestados, consideran que nunca o casi nunca buscan ayuda personalmente, y un 60 % busca ayuda algunas veces y casi siempre mediante un dispositivo [21].

En el 2013 Nabi, Prestin y So [36] realizaron un estudio con el objetivo de examinar la correlación con las redes sociales y el AS percibido a través del Facebook para lo cual se analizó una muestra de 423 alumnos. La edad media fue de 19.90 años (DE = 1.51). Reportaron el AS percibido entre el uso del Facebook y el aumento de número de amigos ($\beta = 0.12$; $p < 0.13$) que a su vez minimizó el bienestar físico y psicológico ($\beta = 0.37$; $p < .001$) [36].

Un estudio realizado en el año 2014 se realizó con el objetivo de comparar las redes sociales de jóvenes universitarios con exceso de peso, se analizó una muestra de 163 jóvenes de 18 a 25 años de edad ($\bar{X} = 21.06$, DE = 1.72). Se reportó que el porcentaje de amigos en redes sociales ($p = 0.01$; OR = 0.975, IC 95% [0.95-0.99]) resultaron factores protectores para reducir el riesgo de obesidad en los adolescentes [22].

Alfabetización en salud

Mávita [37] en el año 2018 realizó un estudio transversal analítico mediante un muestreo probabilístico estratificado, se incluyeron 477 individuos el cual tuvo como objetivo medir y analizar el nivel de AES de una comunidad universitaria del noroeste de México, el 68.34% (IC 95% [64.04-72.36]) correspondió a mujeres y 31.65% (IC 95% [38.20-56.16]) a hombres, se obtuvo como resultado que el 51.56% de la población estudiada (IC 95% [47.09-56.03]) presenta un nivel de AES deficiente: inadecuada en 8.17%, problemática en 43.39%; mientras que el 48.42% obtuvo un resultado satisfactorio: suficiente en 39.83% y excelente en 8.59%.

Barba et al. [38] realizaron un estudio descriptivo transversal el cual tuvo como objetivo describir las fuentes de Internet utilizadas por adolescentes para consultar

información sanitaria, además de describir las características sociodemográficas y analizar variables que influyen en la elección de Internet, participaron adolescentes de entre 12 y 18 años de 6 centros escolares de 4 municipios rurales del distrito Condado-Campiña de Huelva (España).

Los resultados arrojaron que el un 53.80% busca información sanitaria. Buscan, sobre todo: cáncer (89.90%), adicciones (67.70%), ETS-VIH (49.60%) embarazos/anticoncepción (21.50%), enfermedades mentales (40.0%) enfermedades cardíacas y diabetes mellitus (53.60%) y trastornos alimentarios (39.30%). El 63.20% elige Google; solo un 11.90% webs médicas. Comparten información en redes sociales un 12.80% (70.30% Facebook). Un 70.70% cambian de conducta por la información encontrada. Un 56.05% prefieren usar Internet por: rapidez (34.80%), privacidad (15.80%), fiabilidad (13.60%) y mucha información (17.60%) [38].

2. Planteamiento del problema

Casi 4 de cada 10 adolescentes presenta sobrepeso u obesidad (ENSANUT) [3] según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el 85.90% de los adolescentes utiliza el internet para obtener información y comunicarse con amigos o familiares y pedir apoyo sobre temas de salud, aunque estos no consigan adquirir las capacidades básicas funcionales, interactivas y críticas para la obtención de la información, la interpretación y el uso correcto de ésta en la toma de decisiones relacionadas a la mejora de la salud, ya que el hecho no solo es saber buscar temas de salud en internet o con los amigos o familiares, sino que también implica saber interpretar el significado de la información proporcionada por los profesionales sanitarios, los materiales informativos; tener habilidades de búsqueda de información sanitaria fiable y de calidad; identificar cuando es necesario buscar ayuda sanitaria [35].

Usar adecuadamente los servicios y recursos existentes, de tal modo que esta situación puede provocar que tengan mayores probabilidades de tener una peor salud en términos de sobrepeso y obesidad, si estos no toman las mejores decisiones de acuerdo a lo interpretado en la red; con todo esto se trabajará con la siguiente pregunta de investigación, ¿Existe relación entre el ASPRS y la AES y en adolescentes?

3. Justificación

Existe poca evidencia acerca de los beneficios del ASPRS en adolescentes, siendo este un tema de suma importancia ya que el desconocimiento suele provocar malas decisiones al momento de realizar acciones de salud, respecto a los beneficios individuales, la AES mejora los conocimientos de riesgos, el cumplimiento de las prescripciones médicas, la motivación y confianza en sí mismo y la resiliencia individual a la adversidad; también hace alusión a los beneficios sociales y comunitarios, ya que aumenta la participación en los programas de salud poblacionales.

Otro punto importante es que el conocimiento proporciona poder y con ello el incremento de hábitos saludables sin duda mejoraría la calidad de vida de los adolescentes y la capacidad de actuar en las determinantes sociales y económicas de la salud y el empoderamiento, es por ello que el estudio del ASPRS asociada a la AES brinda las bases necesarias para la implementación de programas en la mejora de la salud de los adolescentes, además de que el contar con una red social que le proporcione apoyo a un individuo es benéfico, ya que se ha encontrado que las personas con una percepción de AS alta tienen un autoconcepto positivo, son menos ansiosas y creen en sus propias habilidades para controlar aspectos de su entorno como el alto consumo de comida poco o nada nutritiva y la disminución del sedentarismo.

CAPITULO 2

HIPÓTESIS

H1. Existe relación entre el apoyo social percibido en redes sociales y la alfabetización en salud en adolescentes.

CAPITULO 3

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el apoyo social percibido en redes sociales y la alfabetización en salud en adolescentes.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Describir las características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

3.2.2 Describir el apoyo social percibido en redes sociales en adolescentes.

3.2.3 Describir la alfabetización en adolescentes.

3.2.4 Determinar la relación entre el nivel de apoyo social percibido en redes sociales y alfabetización en salud en adolescentes.

CAPITULO 4

MATERIAL Y MÉTODOS

En este capítulo se describe el diseño de estudio, población, muestreo, muestra, criterios de inclusión, exclusión y mediciones, procedimientos de recolección de datos, así como las consideraciones éticas y el plan de análisis.

4.1 Diseño de estudio

El presente estudio es de tipo correlacional y transversal. Este diseño de estudio es apropiado debido a las consideraciones que se plantean para alcanzar los objetivos planteados, en el cual se incluyen las variables de interés, su relación y la descripción que existe entre ellas.

4.2 Universo de estudio

Adolescentes entre 15 y 19 años de edad.

4.3 Población de estudio

La población de interés estuvo conformada por adolescentes de una preparatoria pública del estado de Nuevo León.

4.4 Criterios de selección

4.4.1. Criterios de inclusión

Adolescentes que utilizaran algún dispositivo electrónico con acceso a internet y alguna red social (Instagram, Twitter y Facebook)

Adolescentes que estén inscritos al aula en la cual se llevará a cabo la investigación.

Adolescentes que acepten participar en la investigación

4.4.2. Criterios de exclusión

No se cuentan con criterios de exclusión.

4.4.3. Criterios de eliminación

Adolescentes que no contestaron de manera adecuada los cuestionarios.

4.5. Cálculo del tamaño de la muestra

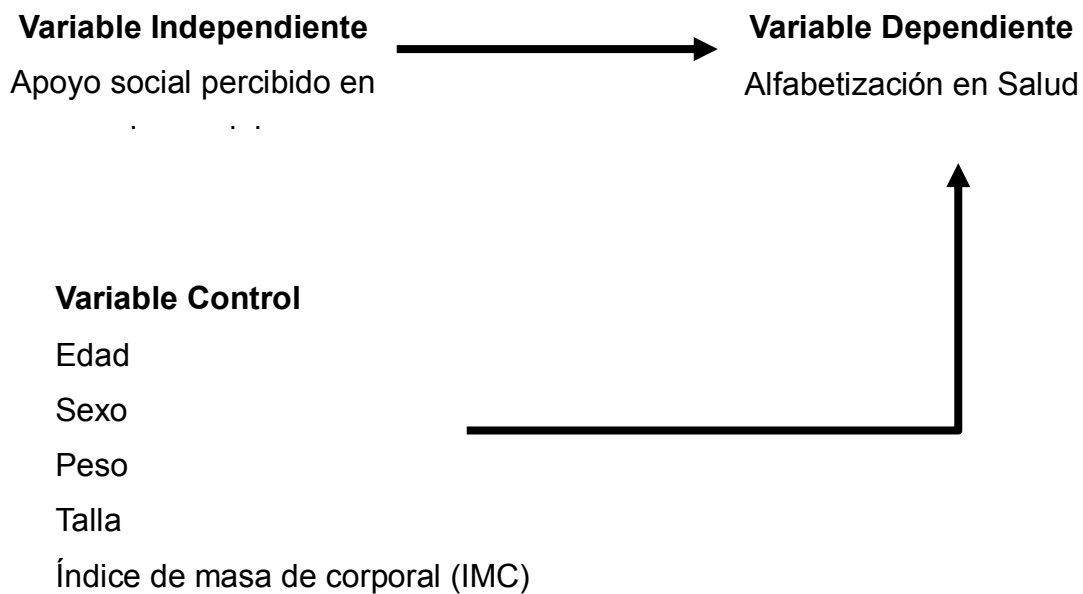
La muestra se calculó haciendo uso del paquete Epidat ® V4.0, se consideró un

nivel de confianza del 95%, una potencia del 90% y un coeficiente de correlación del 0.15, para obtener un total de 377 adolescentes en el estudio.

4.6. Técnica muestral

No probabilística, por conveniencia.

4.7. Variables



Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Apoyo social percibido en redes sociales	Indep.	Se refiere a la existencia o disponibilidad de personas con las cuales se puede confiar o contar en periodos de necesidad; quienes proveen al individuo de preocupación, amor y valor personal.	Grado de ayuda recibida por personas que se preocupan por el individuo en el momento de necesitarlo.	Ordinal
Alfabetización en salud	Dep.	Habilidad para acceder, analizar y aplicar la información en salud.	Grado de entendimiento de la información relacionada a salud y su aplicación.	Ordinal
Edad	Control	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento.	Años cumplidos.	Continua
Sexo	Control	Es lo que se atribuye a las mujeres y a los hombres social y culturalmente a partir del sexo biológico.	Hombre o mujer.	Nominal
Índice de masa de corporal (IMC)	Control	Medida de la masa corporal en relación con la altura, se considera el indicador antropométrico más universal, barato y menos invasivo para clasificar el sobrepeso y la obesidad.	Sobrepeso IMC para la edad >1 DE (equivalente a IMC 25 kg/m ²) Obesidad IMC para la edad >1 DE (equivalente a IMC 30 kg/m ²), Delgadez IMC para la edad <-2 a -3 DE, Delgadez extrema IMC para la edad <-3 DE	Ordinal

Fuente: Elaboración propia

4.8. Instrumentos de medición

Las mediciones fueron de dos tipos: antropométrico y cuestionarios, en primer orden se aplicó una cedula de datos sociodemográficos, seguidamente se realizaron los procedimientos para los datos antropométricos, como la talla y el peso posteriormente se aplicaron dos cuestionarios: Cuestionario de Apoyo Social a través de las Redes Sociales [37] y el Cuestionario de Alfabetización en Salud HLS-EU-Q-16 [38].

Para el registro de las variables sociodemográficas y antropométricas se emplearon una cédula de datos sociodemográficos (Apéndice A) con dos secciones en la primera sección se incluyeron datos como edad y sexo, en la segunda sección se incluyó frecuencia y uso de horas de internet a la semana. La medición de los datos antropométricos se realizó de acuerdo a la NOM-043-SSA2-2012 de Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria [39]. Para la toma del peso e IMC se utilizó una báscula Tanita modelo UM-081 para la talla se utilizó un estadímetro marca SECA.

En el siguiente apartado se describirá cada uno de los instrumentos de medición utilizadas.

Para medir la AES se utilizó el cuestionario abreviado del Proyecto Europeo de AES HLS-EU-Q-16 [38]. Las preguntas analizan el grado de dificultad percibida por el encuestado en distintas tareas o situaciones relacionadas con su capacidad de acceder, comprender, juzgar y aplicar la información relevante en salud. La puntuación alcanzada (0-16) permite definir tres niveles de AES: insuficiente (0-8 puntos), problemática (9-12) y nivel suficiente (13 y 16).

El modelo conceptual de este instrumento integra un enfoque sistemático e individual gracias a que se centra en las tres dimensiones de la salud: estar enfermo/asistencia sanitaria; estar en riesgo/prevenición de enfermedades y estar sano/promoción de la salud. Además, identifica cuatro importantes modos de gestionar la información: encontrarla, entenderla, evaluarla y aplicarla en la vida para adoptar decisiones de calidad sobre salud. El cuestionario reporto un alfa de Cronbach de 0.92 y ha sido utilizado en población española [38].

El cuestionario de escala de Apoyo Social Percibido a través de las Redes Sociales es el segundo cuestionario el cual se compone de 15 ítems. El ítem número 1 hace

referencia al tamaño de la red social y los 14 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del AS funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Este instrumento está compuesto por una escala de respuestas tipo Likert de 5 puntos donde (5) mucho, (4) algo, (3) más o menos, (2) casi nada y (1) nada, el puntaje a obtener oscila entre un criterio de 15 a 75 puntos, donde a mayor puntaje mayor es el ASPRS. El cuestionario ha obtenido un alfa de Cronbach de 0.94 través de un análisis de consistencia interna y una evaluación de la correlación inter-ítem y un análisis factorial exploratorio [37]

4.9. Procedimiento

Para poder realizar las encuestas primeramente se pidió autorización al coordinador de la preparatoria, en ese transcurso se esperó un lapso de tiempo de dos meses (Julio- Septiembre) hasta que fue concedido el permiso para acceder, posteriormente se entregaron los consentimientos informados contemplando solamente a los adolescentes que entregaron el consentimiento firmado por el tutor y por ellos mismos a modo de aceptar participar en el estudio, posteriormente se aplicaron los cuestionarios (ASPRS y AES versión corta) luego, de manera individual, se procedió a la toma del peso, talla y circunferencia cintura cadera, posteriormente se capturaron los datos que cumplieron con todos los criterios de inclusión y se analizaron en el programa estadístico SPSS.

4.10. Plan de análisis

Estadística descriptiva: se procedió al cálculo de Promedios y desviaciones estándar para las variables numéricas; frecuencias y proporciones para las variables categóricas.

Estadística inferencial: Después de verificar que la distribución de las variables de estudio era normal se decidió utilizar el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la relación entre dos variables, para fines de esta investigación fueron el AS y la AES.

4.11. Programas a utilizar el análisis de los datos

La base de datos se capturó en el paquete Microsoft Excel®, y el análisis estadístico y obtención de gráficos de los mismos se realizó con el paquete estadístico Windows SPSS 20.0 ® y Epidat ®.

5. Consideraciones éticas

El presente estudio de investigación se apegó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [40]. Según lo estipulado en el título segundo capítulo I, de los aspectos Éticos de la investigación en seres humanos [40]. Conforme al artículo 14. Fracción V, se contó con el consentimiento informado por escrito de los participantes, previo a la aplicación de los instrumentos, de acuerdo con la fracción VII se contó con la autorización del comité de Ética de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (FASPYN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León; apegándose a la fracción VII antes de iniciar con la aplicación de instrumentos se presentó un documento al coordinador de la preparatoria para la autorización del ingreso a las aulas.

En respuesta a lo estipulado en el Artículo 17. Fracción II, este estudio se consideró como riesgo mínimo ya que solamente se tomaron el peso y la talla no se modificó ninguna variable fisiológica, psicológica o social de los participantes.

Considerando lo descrito en el Artículo 18 se suspendería la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud al adolescente asimismo en caso de que se rehusara a continuar participando en el estudio, cabe señalar que si esto hubiera sucedido se le explicaría que su decisión no afectaría la continuidad ni permanencia en la institución educativa.

Artículo 20 el consentimiento informado consiste en un acuerdo por escrito, en el cual el participante autorizó al investigador su participación donde en respuesta al Artículo 21 en primer lugar se informó de manera clara y sencilla información por parte del responsable la cual consistió en el objetivo, propósito y las acciones a realizar, además de que se contempló dar respuesta a todas las dudas que surgieran durante la realización del estudio.

Se considerando las Fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, referente a la confidencialidad de los datos. Se tomó en consideración el capítulo III, Artículo 36 ya que la investigación se llevó a cabo en adolescentes menores de edad por lo cual se contó con la autorización de los tutores de los menores, se les comentó que su situación académica no sería afectada por el hecho de participar en este estudio si no que por el contrario sería de mucha ayuda para contribuir en la investigación científica, además de que no se tomarían represalias en caso de que decidiera no

continuar participando, de acuerdo al Capítulo V, Artículo 57 y Artículo 58 Fracciones I y II.

CAPITULO 5

RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados del estudio de investigación, correspondiente a 377 participantes, como primer lugar se describe la consistencia interna de los instrumentos, seguidamente se hace referencia a la estadística descriptiva en la cual se abordarán las variables sociodemográficas antropométricos y clínicos del estudio y finalmente se presenta la estadística inferencial en la cual se incluye la prueba de normalidad de las variables contempladas para dicho estudio para dar respuesta a los objetivos de la investigación y hallazgos adicionales.

5.1 Consistencia interna de los instrumentos

Tabla 1. Consistencia Interna de los Instrumentos

Instrumentos	Reactivos	Alpha de Cronbach
AS percibido a través de las redes sociales	15	0.83
Alfabetización en Salud HLS-EU-Q16	16	0.92

Fuente: cuestionario autoadministrado.

Nota: n=377

5.2 Estadística Descriptiva

5.2.1 Datos sociodemográficos

Con los datos demográficos y clínicos se da respuesta al objetivo número 1. La muestra estuvo constituida por 377 estudiantes adolescentes los cuales fueron reclutados en una preparatoria técnica en el turno matutino y vespertino perteneciente al municipio de Guadalupe, Nuevo León. Los adolescentes fueron invitados en todos los semestres y en todas las carreras técnicas que ofrece dicha preparatoria; 51.4% correspondió al sexo femenino, la edad promedio fue de 16.7 años (DE = 1.6). De acuerdo a las características antropométricas el 28% presentó sobrepeso y el 13% obesidad.

Tabla 2. Características sociodemográficas y antropométricas

Características sociodemográficas.		<i>f</i>	%
Sexo	Femenino	234	51.4
	Masculino	143	47.5
Carrera técnica	Trabajo Social	170	45.0
	Turismo	40	10.6
	Técnico en Programación Web	95	25.2
	Técnico en Electrónica Industrial	30	8.0
	Mecánica automotriz	42	11.1
Características Antropométricas			
Peso Corporal	Bajo peso	36	10
	Peso normal	176	49
	Sobrepeso	100	28
	Obesidad	47	13
	Sbp/Ob	147	41

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos y antropométricos, *f*= frecuencia, % = porcentaje, n= 377

Para dar respuesta al primer objetivo específico que menciona “describir las características sociodemográficas de los adolescentes” se muestra en la tabla 2; una mayor prevalencia del sexo femenino, así mismo predominaron los adolescentes de 17 años con el 44.8%, también predominaron los adolescentes inscritos a la carrera técnica de trabajo social.

5.2.2 Apoyo Social Percibido a través de las redes sociales

En la tabla 3 se describe el ASPRS que reciben los adolescentes esto para dar respuesta al objetivo específico 2. Se identificó que (26.7%) de los adolescentes reciben algo de ayuda por parte de sus amigos para resolver sus problemas, mientras que para el ítem relacionado a sentir apoyo por parte de sus amigos estuvo representado por el (28.7%). Se obtuvo una media de 50.0 (DE = 13.0).

Tabla 3. Apoyo Social Percibido en Redes Sociales en adolescentes

Ítems ASRS	Mucho		Algo		Más o menos		Casi Nada		Nada	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Resolver problemas	64	16.9	100	26.7	98	25.9	60	15.9	54	14.3
2. Consejos	63	16.7	90	23.8	92	24.3	53	14.0	79	20.9
3. Cuentas con amigos.	126	33	114	30.2	86	22.8	33	8.7	18	4.8
4. Demuestran que te quieren	121	32.0	118	31.2	85	22.5	36	9.5	17	4.5
5. Cuentas con amigos sobre tu esfuerzo	102	27.0	95	25.1	87	23.0	46	12.2	47	12.5
6. Platicas a tus amigos	66	17.5	87	23.0	84	22.2	77	20.4	63	16.7
7. Te responden	101	26.7	108	28.6	82	21.8	43	11.4	43	11.4
8. Sientes que te quieren.	126	33.3	110	29.1	83	22.0	37	9.8	21	5.6
9. Sientes Apoyo	107	28.3	101	26.7	24.3	35	9.3	20.4	42	11.1
10. Te hablan para alentarte	139	36.8	97	25.7	73	19.3	47	12.4	20	5.3
11. Te comprenden.	67	17.7	99	26.2	90	23.8	53	14.0	68	18.0
12. Te ayudan a resolver problemas	44	11.6	79	20.9	107	28.3	75	19.8	72	19.1
13. Proporcionan solución	60	15.9	106	28.0	96	25.4	58	15.3	57	15.1
14. Sientes que te desalientan	59	15.6	82	21.8	113	30	78	20.7	45	11.9
15. Piensan que están atentos	44	11.6	103	27.2	117	31.0	61	16.2	52	13.8

Nota: Apoyo social en redes sociales, (ASRS), *f*= frecuencia, % = porcentaje, n=377

5.2.3 Alfabetización en salud

En la tabla 4. Para dar respuesta al objetivo 3 el cual hace referencia a la descripción de la alfabetización en los adolescentes se obtuvo que el (50.9%) de los adolescentes tuvieron una AES suficiente, de manera general el (43.7%) refirió que le es bastante fácil comprender la información obtenida por medio del internet.

Tabla 4. Alfabetización en salud HLS-EU-Q16

Ítems AS	Muy difícil		Bastante difícil		Bastante fácil		Muy fácil		No se	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Encontrar información sobre los tratamientos.	21	5.6	35	9.3	150	39.7	135	35.7	36	9.5
2. Conseguir ayuda profesional.	24	6.3	35	9.3	146	38.6	141	37.3	29	7.7
3 Entender lo que le dice el médico.	22	5.8	49	13.0	167	44.2	118	31.2	21	5.6
4 Entender las instrucciones del médico.	15	4.0	31	8.2	153	40.5	167	44.2	11	2.9
5. Valorar cuándo puede necesitar otra opinión.	26	6.9	58	15.4	136	36	101	26.7	56	14.8
6. Utilizar información proporcionada	20	5.3	48	12.7	142	37.6	125	33.1	42	11.1
7.Seguir las instrucciones	13	3.4	30	7.9	159	42.1	165	43.7	10	2.6
8.Encontrar información sobre de salud mental	39	10.3	71	18.8	132	34.9	109	28.8	26	6.9
9.Comprender las advertencias sanitarias	24	6.3	23	6.1	133	35.2	188	49.7	9	2.4
10. Comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección.	17	4.5	38	10.2	129	34.1	166	43.9	27	7.1
11.Valorar la fiabilidad de la información	20	7.7	64	16.9	127	33.6	111	29.4	46	12.2

12. Decidir cómo protegerse gracias a la información	41	10.8	81	21.4	97	25.7	112	29.6	46	12.2
13. Encontrar actividades que de bienestar mental	25	6.6	51	13.5	156	41.3	130	34.4	15	4.0
14. Comprender los consejos de la familia y los amigos	27	7.1	44	11.6	149	39.4	146	38.6	11	2.9
15. Comprende la información de los medios de comunicación	12	3.2	46	12.2	165	43.7	141	37.3	13	3.4
16. Valorar sus hábitos diarios	18	4.8	55	14.6	136	36.0	139	36.8	29	7.7

Nota: Cuestionario Alfabetización en salud HLS-EU-Q16 f= frecuencia, % = porcentaje, n=377

5.5 Estadística inferencial

En la tabla 5 para el nivel de AES el 50% de los adolescentes obtuvieron una AES suficiente lo cual refleja que para este grupo no se le dificulta las actividades relacionadas a la búsqueda y comprensión de la información obtenida por medio del internet. De acuerdo al IMC todas las clasificaciones obtuvieron una media de 12.

Tabla 5. Porcentaje y media de adolescentes según nivel de Alfabetización en salud e IMC

Niveles		f	%
Alfabetización en salud	Problemática	60	6
	Insuficiente	128	34
	Suficiente	189	50
IMC		M	DE
Alfabetización en salud	Bajo peso	12	4
	Peso normal	12	3
	Sobrepeso	12	3
	Obesidad	12	4

5.6 Correlación

No se encontró relación entre el apoyo social percibido en redes sociales y AES ($r = 0.07$, $p = 0.13$).

Tabla 6. Correlación de Pearson para las variables de estudio

Variable		1	2
1. Apoyo social percibido en redes sociales	Correlación de Pearson (bilateral)	1	0.07 ($p = 0.13$)
2. Alfabetización en salud	Correlación de Pearson (bilateral)	0.07 ($p = 0.13$)	1

CAPITULO 6

DISCUSIÓN

En este capítulo se discuten los hallazgos encontrados y se contrastan con los reportes previos en relación con los objetivos presentes en este estudio, además se presentan las conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

Con respecto al objetivo general del estudio que fue determinar si existe asociación entre el ASPRS y la AES se encontró que no existe relación entre ambas para la población estudiada. Así mismo se encontró que los adolescentes reciben AS por medio de las redes a través de los amigos en situaciones en las cuales creen necesitar de alguien que los escuche y aconseje, lo cual se relaciona con los hallazgos encontrados en un estudio realizado en 2017 el cual afirma que los miembros que forman parte de una red social cumplen con varias funciones de apoyo ya que aportan soporte emocional, confianza y resiliencia emocional [1].

Un aspecto de gran interés es que los adolescentes que tienen mucho ASPRS comparten de manera abierta sus problemas con sus amigos con los que más se identifican con la intención de recibir ayuda para solucionarlos, este hecho coincide con un estudio el cual afirma que los aspectos de semejanza relacionados con la edad y el género, determina hábitos, formas de pensar u otras características distintivas en los adolescentes, marcando los procesos de selección social en todo tipo de edades. En definitiva, los adolescentes establecen lazos con otros individuos afines [2].

Otro aspecto de gran interés es que los adolescentes refieren sentirse queridos y aceptados por sus amigos, además de hablar de manera abierta sobre situaciones que les causa alguna preocupación o desconocimiento esto se asemeja a los resultados obtenidos en un estudio el cual sostiene que el AS a través de las redes está asociado al desarrollo de sentimientos de competencia, a la generación de elementos educativos, al reforzamiento de relaciones creadas offline, a la educación sexual, a la promoción y prevención en salud (tabaco, alcohol, drogas, hábitos alimentarios, conductas sexuales) y al apoyo en áreas académicas, entre otras [4].

En cuanto a la resolución de problemas refieren que más o menos sienten que sus amigos están atentos a situaciones que les preocupan y que en ciertas ocasiones los desalienta lo cual provoca que creen que las relaciones por medio de las redes son

difíciles, sin embargo de gran utilidad ya que siempre están ahí cuando se necesitan, esto coincide con una investigación la cual sostienen que las amistades construidas a través del chat eluden las inseguridades ante la interacción física, debido a que no hay posibilidad de transmitir los mensajes del lenguaje no verbal. Por esto, la comunicación con las personas que no se conocen se describe como “fría”, es decir, uso de pocas palabras y expresiones de afecto [43].

Respecto a la AES según los resultados, los adolescentes buscan información sobre salud principalmente a través de buscadores como Google, aunque este último es el motor de búsqueda de información más utilizado en nuestro país, los resultados que ofrece no están ordenados por ningún filtro de calidad acreditado, esto es algo alarmante debido a que el 76 % de los adolescentes refirieron que les es muy fácil encontrar información acerca de los padecimientos de salud en los cuales tienen dudas, sin embargo los adolescentes carecen de la capacidad para juzgar la fiabilidad y la solidez científica de estas fuentes de información [6].

Cabe señalar que en la búsqueda de información en salud se hace crucial potenciar la AES, ya que este tipo de sitios web funciona a través de algoritmos y algunas páginas son más propensas a estar entre los recomendados que otras, lo que es especialmente importante, dado que estas páginas suelen ser patrocinadas por el sector privado. Por ello, el adiestramiento de los adolescentes en el uso correcto de las fuentes de información en línea es un elemento clave para optimizar la interacción con la web [7].

Es evidente que para los adolescentes el uso del internet y de las redes sociales son fundamentales en su vida cotidiana puesto que la mayor parte del tiempo están en constante uso del internet, para esta población el 100 % de los encuestados refirieron contar con amigos cercanos a los cuales les cuentan sus problemas a través del Facebook, además de recibir consejos, sin embargo como menciona García et al. [44] el Internet (la red para usuarios de computadora) puede ser una herramienta útil para adolescentes y jóvenes en la búsqueda y uso de información sobre la salud, sin embargo la confianza en la información disponible en el Internet es variable y persisten necesidades de alfabetización para su uso.

Es importante destacar que para esta población el 50 % de los participantes tiene una AES suficiente, al ser solo la mitad de la población estudiada es importante realizar acciones que mejoren el restante 50 % de la población la cual obtuvo

puntajes no favorecedores y además orientar de manera oportuna a todos los adolescentes por igual ya que si bien obtuvieron resultados favorecedores algunos grupos, la confianza en la información que generalmente consultan y que está disponible en el Internet es variable y depende de la competencia profesional del autor o fuente.

Por lo tanto, al abordar cuestiones como la calidad y la credibilidad de los contenidos de salud en el Internet, hay que considerar que el uso beneficioso de la Web requiere tecnología, habilidades, conocimientos, AES y actitudes para ser responsables con las decisiones que se toman utilizando tal fuente como referencia.

La estadística descriptiva muestra que 67.6% de los adolescentes se encuentran sin exceso de peso, sin embargo, sería conveniente evaluar la calidad y cantidad de los alimentos que consumen ya que éste aportaría mayor información sobre el estado de salud de los adolescentes.

CAPITULO 7

Conclusiones

Este trabajo hace evidente la necesidad de futuras investigaciones, que difundan los beneficios de conseguir una buena AES entre la población, así como la trascendencia de que los profesionales del área de la salud desarrollen las destrezas suficientes de comunicación y empatía para poder abordar temas de salud en adolescentes, en niños y adultos ya sea desde las instituciones educativas o en cualquier lugar de la sociedad sin importar nivel de estudios ya que en la actualidad el uso del internet y las redes sociales van al alza.

Las conclusiones a las cuales se llegaron luego de realizar el estudio fueron:

1. Uno de cada cuatro adolescentes (26.7%) percibió recibir algo de ayuda por parte de sus amigos para resolver sus problemas.
2. Uno de cada dos adolescentes (50.9%) presento alfabetización en salud suficiente.
3. Poco menos de la mitad (43.7%) refirió que le era bastante fácil comprender la información obtenida por medio del internet.
4. Uno de cada dos adolescentes (49.7%) refirió que se le hace muy fácil comprender las advertencias sanitarias.
5. No existió correlación entre el nivel de apoyo social percibido en redes sociales y alfabetización en salud.
6. Uno de cada cuatro adolescentes (28.3%) percibió sentir mucho apoyo por parte de sus amigos.

Recomendaciones

Se recomienda realizar un estudio en el cual además de las variables del ASPRS y la AES se controle el tiempo de uso de internet y el tipo de información consultada con el fin de contrastar la AES percibida y la obtenida, lo que podría ser un medio ideal para contribuir a que sean más responsables o conscientes de su comportamiento puesto que se enterarían de sus deficiencias en temas de salud.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones de este estudio, resalta el hecho de utilizar la versión corta del Cuestionario de Alfabetización en Salud HLS-EU-Q-16, no engloban todas las dimensiones de la alfabetización en salud e ignoran el contexto del individuo, además de haberse llevado a cabo en un solo centro educativo.

CAPITULO 8

REFERENCIAS

1. Milton GV, Miguel VG, Juana GV. Luis PP. intervention through internet to improve health cognitive factors in adolescents. Int J Recent Sci Res. 2017;8(5):17128-17132. Recuperado de: <http://recentscientific.com/intervention-through-internet-improve-health-cognitive-factors-adolescents>
2. Natalia RM, María MS, Dolores CS, Ana, SG, Enedina QS, et al. La red social del adolescente: la influencia de la amistad en el desarrollo de hábitos obesogénicos, enfermería Global. 2015;(8)8:249- 272.
3. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Informe final de resultados. Secretaría de Salud. México. 2016. Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
4. Elías LA, Alejandra GD, Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos, Rev. med. clin. condes - 2015; 26(1):07-13.
5. Cornejo, M, Tapia, ML. Redes sociales y relaciones interpersonales en internet. Fundamentos en Humanidades [Internet]. 2011;12(24):219-229.
6. Nordheim LV, Gundersen MW, Espehaug B, Guttersrud Ø, Flottorp S. Effects of school-based educational interventions for enhancing adolescents abilities in critical appraisal o health claims: A systematic review. 2016;11(8).
7. Minerva BB, Dolores GR, Isidora FF. Uso de Internet por los adolescentes en la búsqueda, Aten Primaria. 2018;50(9):547-552.
8. Organización Mundial de la Salud. (2017). La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. Comunicado de prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/increase-childhood-obesity/es/>
9. Mariano HG, Silvia TC, Olga LP, Marina PT, Raquel CC, Carmen LG. Global Health Promotion, 2014;1757-9759.
10. Dávila-Torres, J, González-Izquierdo, JdJ, Barrera-Cruz, A. Panorama de la

obesidad en México. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2015;53(2):241-249.

11. Saucedo MTDJ, Unikel SC. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. Salud mental, 2010;33(1):11-19. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020649001.pdf>

12. Gómez PG, de Cossío MG, Torres CS, Cuevas RC, Santoncini CU, Molina TS, de Elías RR. Obesidad en población universitaria: prevalencia y relación con agresión y conductas compensatorias y alimentarias de riesgo. Revista Mexicana de Psicología, 2006;23(2):135-147. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100002

13. Federación Mexicana de Diabetes. Obesity update. OECD. 2017. Recuperado de: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2017/08/La-OCDE-presento%CC%81-el-informe-de-actualizacio%CC%81n-sobre-la-obesidad-2017.pdf>

14. World Obesity. Obesity prevalence worldwide – Children [internet]. 2018. Available on: <https://www.worldobesitydata.org/map/overview-children>

15. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. Am J Epidemiol, 1976;104:107-23.

16. García-Torres, M, García-Méndez, M, Rivera-Aragón, S. Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records [Internet] 2017;7(1):2561-2567.

17. Thoits P. Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. J Health Social Behav, 1982;2:145-59.

18. Bowling A. Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence. Fam Practice, 1991;8(1):68-83.

19. Fachado A, Menéndez M, González L. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. Cad Aten Primaria, 2013;19:118-123.

20. Vargas E, Barrera F. Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual:

una revisión. Revista colombiana de psicología, 2002;(11):115-134. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401109.pdf>

21. Madariaga C, Lozano JE. El apoyo social en estudiantes universitarios y su relación con las comunicaciones cara a cara y las comunicaciones mediadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Psicogente, 2016;19(35):47-62. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-01372016000100005&script=sci_abstract&tlng=es

22. González S. Apoyo social en las redes sociales virtuales y su relación con el bienestar personal (Doctoral dissertation, Universidad de Cádiz), 2014. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=51085>

23. Valerio UG, Serna VR. Redes sociales y bienestar psicológico del estudiante universitario. Revista electrónica de investigación educativa, 2018;20(3): 19-28. Recuperado de: <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/1796/1664>

24. Arredondo NHL, Rogers HL, Tang JFC, Gómez SLP, Arizal NLO, Pérez MÁJ, Aguirre ADC. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. International Journal of Psychological Research, 2012;5(1):142-150. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539016.pdf>

25. Arriagada I. Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros (Vol. 96). United Nations Publications. 2007.

26. Huenchuan S, Guzmán JM, Montes de Oca ZV. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas de población. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2003:35-70. Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12750>

27. Juvinyà-Canal D, Bertran-Noguer C, Suñer-Soler R. Alfabetización para la salud, más que información. Gaceta Sanitaria, 2018;32(1):8–10. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000100008

28. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012;12:80.

29. Montesi M. Alfabetización en salud: revisión narrativa e interdisciplinar de la

literatura publicada en biomedicina y en biblioteconomía y documentación. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 2017;28(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132017000300007

30. Organización de las Naciones Unidas. La alfabetización debe figurar en el corazón de la nueva agenda de desarrollo, según la UNESCO [internet]. 2015. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-alfabetizacion-debe-figurar-en-el-corazon-de-la-nueva-agenda-de-desarrollo-segun-la-unesco/>

31. Sanabria RGDC. Alfabetización en salud estado del arte. Caso Cuba, 2018. Recuperado de: <http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/connvencionsalud/2018/paper/viewFile/1682/1032>

32. Bonal RR, Delis MM, Frómeta MC, Alfaro MDLÁR. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. *Medisan*, 2013;17(01):126-140. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100016

33. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*, 2000;15:259-67.

34. Ramírez LRH. Los retos que impone la educación a distancia en México. *Rev Ibero Prod Acad y Gest Edu*. 2016.

35. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Estadísticas a propósito del Día mundial de internet (17 de mayo)”: Datos Nacionales [internet]. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/internet2017_Nal.pdf

36. Nabi RL, Prestin A, So J. Facebook friends with (health) benefits? Exploring social network site use and perceptions of social support, stress, and well-being. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2013;(16)10:721-727.

37. Mávita CCJ. Alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noroeste de México en el año 2016. *Investigación en educación médica*, 2018;7(25):36-45. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/jatsRepo/3497/349759821006/html/index.html>

38. Barba MB, Romero DG, Fernández IF, Ojeda AC, Salas FMR, Cano HT. Uso de Internet por los adolescentes en la búsqueda de información sanitaria. *Atención Primaria*, 2018;50(9):547-552. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-uso-internet-por-los-adolescentes-S0212656716306047>

39. Ramírez MTG, Hernández RL, Rodríguez CLD. Propiedades psicométricas de una escala para evaluar el apoyo social a través de las redes sociales. *Acta de investigación psicológica*, 2013;3(3):1238-1247. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322013000300004

40. Nolasco A, Barona C, Tamayo FN, Irlés MÁ, Más R, Tuells J, Pereyra ZP. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gaceta Sanitaria*. 2018. Recuperado de: <file:///C:/Users/hp/Downloads/S0213911118302279.pdf>

41. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. *Diario Oficial de la Federación*. 2013. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

42. Secretaría de Salud. Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Última reforma publicada DOF 02-04-2014. 2014.

43. López CB, Rodríguez CDE. Percepción de amistad en adolescentes: el papel de las redes sociales. *Revista colombiana de psicología*, 2014;23(2):325-338. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80434236007.pdf>

44. García MH, Cárdenas ST, Piñan OL, Trigueros MP, Campos RC, González CL. El Internet como fuente de información sobre la salud: la visión de estudiantes de Andalucía, España. *Global Health Promotion*, 2015;22(1):100-109. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975914536911>

ANEXO A.

Cuestionario/Cédula de colección de datos

Solo queremos conocer tu opinión acerca de lo que se te pregunta. La participación es voluntaria y las respuestas son anónimas, por lo que te rogamos que seas lo más sincero posible y contestes a todas las preguntas. Muchas gracias por tu colaboración.

GRUPO:**CARRERA:****FECHA DE
NACIMIENTO:****EDAD:****SEXO:** (1) Mujer

(2) Hombre

**¿UTILIZAS
INTERNET?
(1) Si**

(2) No

¿DÓNDE?

(1) En PC

(2) Celular

(3) Tablet

4)
Otros**¿CON QUE
FRECUENCIA
UTILIZAS EL
INTERNE?**(días a la
semana)**¿CUÁNTAS HRS
POR DIA?****CCC:****PESO:****TALLA:**

Anexo B

Cuestionario de apoyo social percibido a través de las redes sociales

A continuación, te haremos unas preguntas acerca de tus amigos, marca con una X la respuesta con la que te identifiques más. Te pedimos que contestes con la verdad y te recordamos que tus datos solo serán utilizados para investigación de manera anónima.

	Mucho	Algo	Más o menos	Casi nada	Nada
1. ¿Tus amigos(as) te ayudan a resolver problemas personales mediante Facebook (FB) o Twitter?	5	4	3	2	1
2. ¿Recibes consejos de tus amigos(as) en FB o Twitter?	5	4	3	2	1
3. ¿Cuentas con tus amigos(as) de FB o Twitter para salir a divertirse?	5	4	3	2	1
4. ¿Tus amigos(as) de FB o Twitter te demuestran que te quieren?	5	4	3	2	1
5. ¿Cuentas con tus amigos(as) de FB o Twitter para contarles cómo te sientes a través del FB o Twitter?	5	4	3	2	1
6. ¿Les platicas a tus amigos(as) de FB o Twitter cosas personales?	5	4	3	2	1
7. Cuando pides algún tipo de apoyo a tus amigos(as) en FB o Twitter, ¿tus amigos te responden (hablarte, ir a verte, etc.)?	5	4	3	2	1
8. Por los comentarios que te dejan tus amigos(as) de FB o Twitter ¿sientes que te quieren?	5	4	3	2	1
9. Cuando tus amigos(as) responden a algo que publicas (que estas triste, enojado, etc.) ¿sientes su apoyo?	5	4	3	2	1
10. ¿Tus amigos de FB o Twitter te dicen que te quieren o que te aprecian?	5	4	3	2	1
11. ¿Sientes que tus amigos(as) de FB o Twitter te comprenden cuando te dejan comentarios o ponen un	5	4	3	2	1

"me gusta" en tu estatus o en tus comentarios acerca de cómo te sientes?					
12. ¿Las frases (o posts) de tus amigos(as) te han ayudado a resolver alguna situación?	5	4	3	2	1
13. ¿Si solicitas ayuda a través de tus comentarios tus amigos(as) te proporcionan una solución?	5	4	3	2	1
14. ¿Sientes que todos tus amigos(as) de FB Twitter te quieren?	5	4	3	2	1
15. ¿Piensas que cuando tus amigos de FB o Twitter comentan en tus fotos o ponen un "me gusta" significa que están atentos (al pendiente) a tus actividades?	5	4	3	2	1

Anexo C

Cuestionario de Alfabetización en salud HLS-EU-Q16

En una escala de a "muy difícil" a "muy fácil" indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades

	PREGUNTA:	MUY DIFÍCIL	BASTANTE DIFÍCIL	BASTANTE FÁCIL	MUY FÁCIL	NO SE
1	Encontrar información sobre tratamientos de enfermedades que te preocupan					
2	Conseguir ayuda profesional cuando estás enfermo					
3	Comprender lo que el doctor dice cuándo vas a consultar					
4	Entender las instrucciones del médico sobre cómo tomar los medicamentos recetados					
5	Juzgar cuando crees que necesitas una segunda opinión					
6	Utilizar información que el médico te brinda para tomar decisiones sobre tu enfermedad					
7	Seguir las instrucciones del doctor.					
8	Encontrar información sobre cómo manejar problemas de salud mental como el estrés o la depresión.					
9	Entender las advertencias de salud sobre el comportamiento como fumar, poca actividad física y beber demasiado.					
10	Entender por qué necesitas exámenes de salud					
11	Juzgar si la información sobre los riesgos a la salud en los medios es confiable.					
12	Decidir cómo puedo protegerme de una enfermedad basándome en información obtenida de internet					
13	Averiguar sobre actividades que son buenas para mi bienestar mental					
14	Entender consejos sobre salud de familiares o amigos.					
15	Entender la información en los medios sobre cómo ser más saludable					
16	Juzgar qué comportamiento diario se relaciona con una buena salud					

Anexo D.

Procedimiento para la toma del peso y la talla

Para medir la estatura se colocará entre la pared y el piso plano y firme, de tal manera que se forme un ángulo de 90 grados. Se pedirá al participante que se coloque descalzo, con los talones juntos y las puntas separadas, con la espalda, glúteos, hombros totalmente pegados a la pared, mirada al frente y sin ningún objeto en la cabeza que modifique la medición. La medición se realizará en centímetros.

Para la medición del peso se pedirá que el participante se despoje de la mayor parte de la ropa, en caso de traer sudaderas o accesorios los cuales pueden alterar el peso, además de que se le pedirá que se coloque en el centro de la báscula sin moverse.

El peso se registrará en kilogramos, tal como lo marca el manual del paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud.

Anexo E

Asentimiento Informado

Universidad Autónoma de Nuevo León.

Facultad de Salud Pública y Nutrición

Carta de Asentimiento

Mi nombre es Erika Olmedo Martínez soy estudiante de la Facultad de salud Pública y nutrición de la UANL.

Se está realizando un estudio de investigación para conocer el apoyo social que recibes por medio de las redes sociales y la alfabetización en salud, para nosotros es muy importante tu participación y de gran ayuda.

Para realizar tal proyecto tu ayuda consistiría en:

- Medir tu peso y estatura
- Responder dos cuestionarios.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria, es decir, que en el momento que tú decidas dejar de participar, es totalmente valido, aunque tus padres hayan firmado el consentimiento, si fuera el caso solo es necesario comunicarlo al investigador y no se tomara represión alguna.

Todos los datos obtenidos son totalmente confidenciales y serán solo considerados para la investigación.

ANEXO F
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA Y
NUTRICIÓN**
**CARTA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN REDES SOCIALES Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ADOLESCENTES CON SOOBREPESO U OBESIDAD.
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Es indispensable determinar las asociaciones existentes entre el apoyo social percibido en redes sociales y la alfabetización en salud, y la manera en la que los adolescentes con sobrepeso u obesidad utilizan la información y se empoderan de esta para generar acciones a favor del mejoramiento de su salud por medio de una de las herramientas más utilizadas “el internet”
Procedimientos:	Se realizarán mediciones del peso, talla, se aplicara un cuestionario, para identificar si los adolescentes cuentan con apoyo social percibido en redes sociales en una de las redes sociales más utilizadas: el Facebook y otro cuestionario el cual es referente a la alfabetización en salud.
Posibles riesgos y molestias:	Las mediciones y los cuestionarios no deben generar molestia alguna.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de que el examinador identifique algún valor anormal, se lo hará saber.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El estudio no contempla la administración o modificación de sus tratamientos establecidos por su medico
Participación o retiro:	La participación o el retiro del estudio es voluntaria, y deber expresarla al investigador. En caso de que decida

	no participar no se verá afectada y no perderá ningún beneficio de los que recibe.					
Privacidad y confidencialidad:	Los registros que identifican al participante se Mantendrán en forma confidencial y, hasta donde lo permitan las leyes y/o regulaciones aplicables, no se harán del conocimiento público. Si los resultados del estudio se publican, la identidad de los participantes se mantendrán confidenciales.					
En caso de colección de material biológico	NO SE COLECTARÁN MUESTRAS					
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes	NO SE APLICARÁN TRATAMIENTOS					
Beneficios al término del estudio:	La retroalimentación en caso de identificar alguna situación de riesgo se le realizará al coordinador para implementar soluciones que resuelvan la problemática					
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Investigador Responsable: Dr. Milton Carlos Guevara Valtier, Facultad de Enfermería teléfono 8113902312 o al correo milton.guevarav@uanl.mx					
Colaboradores:	Lic. Enf. Erika Olmedo Martínez, Escuela Industrial y Preparatoria Técnica Álvaro Obregón Unidad Tres Caminos (EIAO), Guadalupe Nuevo León.					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Testigo 1</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Testigo 2</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </td> </tr> </table>			<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Testigo 1</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Testigo 2</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>					
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Testigo 1</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Testigo 2</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>					

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

L.E. Erika Olmedo Martínez.

Candidata a Obtener el Grado de Maestría en Ciencias en Salud Pública

Tesis: APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN REDES SOCIALES Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD.

Campo de Estudio: Ciencias de la Salud Pública

Datos Personales: Nacida en Chetumal Quintana Roo, el 03 de Julio de 1992.

Educación: Egresado de la Universidad de Quintana Roo con el grado de Licenciada en Enfermería (2010-2014), Servicio Social: 2014-2015 Hospital General de Chetumal.

Experiencia Profesional: Enfermera General en Hospital General de la Ciudad de Chetumal (2015), Certificación en Reanimación Neonatal Aprobado por la American Heart Association, Enfermera Administrativa en Doctor Hospital (2016-2019), actualmente responsable estatal de supervisión y capacitación del programa Cáncer de la Mujer en Quintana Roo.